



FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1881 N° 206 208

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 21 mai 1881 à 1 heure.

PAR CHARLES LACRAMPE-LOUSTAU,

Né à Tournay (Haute-Pyrénées), le 12 mars 1853

ESSAI

SUR

L'ADIPOSE DU REIN

Président : M. LABOULBÈNE, *professeur.*

Juges : MM. HARDY, *professeur.* HALLOPEAU, DEPOVE, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1881

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.................. M. VULPIAN.

Professeurs.......... MM.

Chaire	Professeur
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRELAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HENRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
CHANTREUIL	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DEBOVE.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
DIEULAFOY.	JOFFROY.	RAYMOND.	
FARABEUF.	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

Cours cliniques des maladies de la peau.......... MM. N.

— des maladies des enfants........ N.

— d'ophthalmologie.................. N.

— des maladies des voies urinaires.. N.

Chef des travaux anatomiques.................. FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

LE DOCTEUR Henri LACRAMPE-LOUSTAU

A MON PÈRE

LE DOCTEUR J.-B. LACRAMPE-LOUSTAU

A MA MÈRE

Reconnaissance filiale.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES NEVEUX

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON COUSIN

LE DOCTEUR Henri BYANON

Ex-pharmacien en chef des hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

A MON AMI LE DOCTEUR SÜSS

Ex-interne des hôpitaux.

ESSAI

SUR

L'ADIPOSE DU REIN

INTRODUCTION,

Me trouvant un jour à la maison Dubois, j'eus l'occasion d'assister à une autopsie qui me sembla rare et intéressante. C'était un lipome du rein, qui du reste n'avait pas été diagnostiqué sur le vivant.

Aujourd'hui que je suis à la fin de mes études, j'ai songé à cette observation ; j'ai pu me la procurer, et c'est ainsi que m'est venue l'idée de ce travail inaugural.

En lisant avec attention non seulement les auteurs qui ont écrit sur les maladies des reins, ainsi que les articles des dictionnaires de médecine, mais encore en parcourant les recueils de la Société anatomique et de la Société de chirurgie, j'ai pu me convaincre que le lipome du rein était une affection excessivement rare.

J'ai donc pensé qu'il était intéressant de compulser toutes les observations éparses dans ces différents traités,

pour faire un petit mémoire qui pourrait servir à ceux qui voudraient faire une étude complète des affections rénales.

Mon travail n'a pas d'autre prétention. Cependant, en étudiant la question avec plus de détails, je me suis aperçu que le lipome procédait de deux manières différentes : ou bien il se dissémine sur la surface du rein et remplace les éléments du rein dont on retrouve peu de traces à l'autopsie ; dans d'autres cas, il semble y avoir un lipome périnéphrétique qui se serait insinué progressivement entre les différents lobes de l'organe, en étouffant, pour ainsi dire, sa substance propre : c'est d'ailleurs le cas dans l'observation qui nous a été communiquée.

Il y aurait donc deux espèces de lipomes, différents par leur siège : le lipome néphrétique diffus et le lipome périnéphrétique.

Un autre fait qui nous a paru remarquable, c'est que dans la grande majorité des observations, on a rencontré un calcul dans le bassinet. Plusieurs pathologistes ont fait immédiatement la remarque que ces calculs pouvaient jouer un certain rôle dans la production de la dégénérescence graisseuse. En effet, les organes qui ne fonctionnent pas s'atrophient. Les calculs néphrétiques produisent d'habitude des accidents d'un ordre tout différent : coliques, hydronéphrose, néphrite, suppuration du rein. On a donc le droit de se demander si le lipome néphrétique diffus n'est pas une complication, mais une complication extrêmement rare de la lithiase rénale. La destruction de l'organe urinaire par infiltration graisseuse ou lipomateuse serait donc une affection parallèle aux néphrites, tant interstitielle que parenchymateuse, avec cette différence qu'elle est presque toujours unilaté-

rale, que sa fréquence ne peut pas être comparée avec celle des autres néphrites.

Tel est le point de pathologie générale qui ressort de l'étude de cette question, qui semblait de prime abord d'un intérêt très médiocre.

Nous diviserons ce petit travail en plusieurs chapitres. Dans un premier, nous exposerons les mémoires qui ont éte produits par les auteurs depuis que Baader a signalé le premier cas en 1778.

Dans le deuxième chapitre, nous décrirons les deux formes au point de vue anatomique, en donnant également toutes les observations que nous avons pu trouver. Puis, dans un autre chapitre, nous essaierons de démontrer que les symptômes et le diagnostic de cette affection sont des plus obscurs, que c'est presque toujours à l'autopsie qu'on s'en aperçoit pour la première fois, à moins que, comme dans notre observation, elle n'ait donné lieu à des complications particulières, auquel cas c'est la complication elle-même qui attire l'attention ; car, dans les cas où l'on a essayé de faire un diagnostic parce qu'il y avait une tumeur, le diagnostic a toujours été erroné.

Nous chercherons ensuite à expliquer sommairement, autant que faire se peut, la manière dont peuvent se produire ces tumeurs graisseuses.

Avant de commencer notre historique, nous ajoutons une fois de plus que notre seule prétention est de réunir en un petit opuscule les observations et les données relatives à la question que nous traitons et d'y ajouter une observation nouvelle qui nous a semblé prise avec un certain soin.

Je remercie profondément mon excellent maître et ami, M. Süss, ex-interne des hôpitaux, pour les

bons conseils qu'il a bien voulu me donner, et je le prie d'agréer ici l'hommage de ma vive reconnaissance.

HISTORIQUE.

Un point important à signaler dès le début de ce chapitre, c'est que les premiers auteurs qui se sont occupés de ces cas ne signalent dans leurs observations que ce que nous appelons des lipomes intra-néphrétiques, c'est-à-dire l'envahissement du rein par le tissu graisseux en commençant par le hile et en remontant vers le rein par le bassinet et les calices. Dans ces premières observations, comme on le verra par la suite, le plus souvent on ne parle pas de l'état de la capsule fibreuse ; sans doute, et nous le disons sous réserve, que cette enveloppe était à peu près intacte.

Les premiers auteurs qui en aient fait mention sont Baader, Morgagni, Laënnec. C'est en faisant des autopsies qu'ils ont trouvé le rein gras, pour ainsi dire huileux : les uns, chez des sujets de stature ordinaire ; Baader, au contraire, chez une personne de fort embompoint. Dans cette même observation, l'attention fut éveillée sur l'odeur infecte des urines, mais ce fait était sous la dépendance d'un calcul de l'uretère avec pyélonéphrite suppurée.

En 1808, M. Bauchet signale une observation, intéressante à différents points de vue, qui, la première, se rapporte manifestement à un lipome péri-néphrétique ; elle est importante non seulement à ce point de vue, mais parce qu'elle est aussi la remarquable confirmation de la coïncidence du lipome avec le calcul urinaire. Cette observation est rapportée par M. Cruveilhier, dans son Traité d'anatomie pathologique.

En 1833, M. Pascal signale dans le Journal hebdomadaire de médecine et de chirurgie pratique une nouvelle observation de transformation graisseuse du rein qui est vraiment typique, puisque le rein, dépouillé de sa capsule, laisse sourdre de toute part un liquide huileux qui surnage à la surface de l'eau.

En 1835, un nouveau cas presque analogue est signalé à la Société anatomique par M. Barth. Cette nouvelle observation est remarquable par la disparition de la substance corticale du rein, envahie par le tissu graisseux. Là, comme dans les autres observations, des calculs oblitéraient l'origine de l'uretère, et l'affection ne s'était manifestée par aucun symptôme pendant la vie.

L'année suivante, Pétrequin a rapporté une observation de transformation graisseuse, accompagnée d'hydronéphrose; nous nous bornerons simplement à la signaler, parce qu'elle ne nous a pas paru bien concluante.

M. Rayer, dans son Traité des maladies du rein, signale deux observations : la première qui lui est personnelle, la seconde qui lui a été communiquée par M. Bricheteau. Elles sont bien différentes l'une de l'autre, et, à part quelques détails près, elles peuvent être considérées comme des types des deux formes de transformation graisseuse du rein. Dans la première, en effet, le rein était transformé en graisse, sa capsule étant intacte : on y a constaté la présence de calculs. Dans la seconde, la graisse semble partir de l'enveloppe cellulo-graisseuse et avoir envahi secondairement l'organe de la sécrétion urinaire : point de calcul noté à l'autopsie. Ajoutons que, dans cette dernière observation, les deux reins étaient également malades, ce qui est tout à fait exceptionnel. En rapportant ces deux observations, M. Rayer ajoute :

« Sous le nom de dégénérescence graisseuse ou de transformation graisseuse des reins, on a décrit deux altérations distinctes : l'une, caractérisée par une véritable transformation graisseuse de ces organes, l'autre, dans laquelle la graisse est abondamment déposée autour du rein plus ou moins atrophié dans la scissure ou entre ses lobes. »

En 1842, Rokitanski, traitant des maladies spéciales aux enveloppes du rein, consacre un chapitre spécial à l'affection qui nous occupe. Ce chapitre est intitulé : Hypertrophie de l'enveloppe graisseuse du rein. Voilà d'ailleurs ce qu'il dit :

« La graisse qui entoure les reins s'hypertrophie, soit concurremment avec une production exagérée de graisse dans tout le corps, soit indépendamment de cette circonstance, et parfois jusqu'à un degré tel qu'elle pénètre dans le hile du rein, près du bassinet et des calices, diminue la nutrition de l'organe et entraîne comme conséquence l'infiltration graisseuse du tissu rénal avec pâleur et anémie de ce tissu. »

En 1853, M. Charles Robin présente à la Société de biologie une nouvelle observation que nous reproduirons plus loin dans tous ses détails, parce qu'elle est un exemple de cette tumeur graisseuse décrite par quelques auteurs sous le nom de fibro-lipome. Disons de suite qu'elle était du volume d'un œuf et n'occupait que la partie supérieure du rein et était située au-dessous de la capsule fibreuse.

Dans la même année, Todd et Bowman publient dans la Cyclopedia of Anatomy un travail dont voici les conclusions. La transformation graisseuse du rein offrirait trois formes : dans certains cas d'atrophie de la texture du rein provenant de formation kystique, de pyélite chronique d'origine calculeuse ou simplement inflammatoire, il se

fait, disent-ils, une accumulation abondante de graisse dans le tissu adipeux entourant le rein, et le produit nouveau empiète sur la propre substance de la glande.

Un développement anormal de graisse peut avoir lieu encore dans le tissu du rein en même temps que l'organe s'atrophie. Peut-être est-elle la cause de la maladie ; le plus souvent elle en est l'effet. Dans quelques cas rares, enfin, le rein acquiert la couleur et plusieurs propriétés du foie gras ; il graisse le papier.

M. Houel, dans son Traité d'anatomie pathologique, paru en 1857, fait également allusion à l'affection qui nous occupe. Il fait remarquer que selon lui et selon M. Cruveilhier, la substance rénale elle-même n'est dans aucun cas envahie par la graisse, mais que le plus souvent, l'organe est atrophié, ratatiné, mais toujours logé intact dans un point de la masse graisseuse ; il ajoute que M. Laboulbène a signalé une observation contraire à cette opinion, dans laquelle la substance corticale et la substance tubuleuse étaient envahies par des dépôts graisseux multiples qui les avaient détruites. Dans la substance tubuleuse à l'œil nu, *l'altération graisseuse avait la plus grande ressemblance comme aspect avec celle de la transformation graisseuse des muscles,* et l'examen microscopique a montré que dans ces points la graisse s'était en effet substituée aux éléments normaux de la glande qui avait disparu,

Dans la Gazette médicale de Paris, 1859, M. Godard a publié un mémoire très remarquable, intitulé : Recherches sur la substitution graisseuse du rein. Après avoir donné l'opinion de tous les auteurs qui ont écrit avant lui sur ce sujet, il signale à son tour une observation longue et détaillée et donne enfin les conclusions suivantes :

« Je n'essaierai pas, en rappelant les faits principaux

qu'elle présente, de tracer l'histoire de cette maladie ; je crois que pour cela il faut des documents plus complets et plus nombreux. J'insisterai seulement sur la différence existant entre l'infiltration des granules graisseux dans l'épithélium du rein, accident que l'on rencontre surtout dans la néphrite albumineuse, et la substitution graisseuse du même organe, qui résulte et coïncide le plus souvent avec la présence de un ou plusieurs calculs dans l'uretère ou dans le bassinet. Je pense que ces deux maladies sont distinctes et ne peuvent se transformer l'une dans l'autre.

« Tandis que la première se traduit par des accidents bien connus : l'albumine dans les urines, l'ascite, infiltration de la face et des membres, la seconde arrive insidieusement sans que rien ne la fasse supposer. »

A partir de cette époque, jusque dans ces dernières années, rien n'a été signalé, aucune observation n'a été publiée sur le sujet qui nous occupe. Cette lacune est due, sans doute, d'une part, à l'absence d'intérêt clinique qui s'attache aux tumeurs graisseuses du rein, d'autre part, à la direction donnée dans ces dernières années à l'étude des maladies de cet organe, étude dirigée complètement vers la connaissance des différentes espèces de néphrite.

Dans ces dernières années, quelques lignes seulement ont été consacrées par M. Lancereaux à l'article Rein (Pathologie du Dictionnaire de Dechambre) ; nous les reproduisons à titre de document, quoiqu'elles ne paraissent pas absolument conformes aux observations que nous avons trouvées dans les auteurs, et à l'observation que l'on trouvera dans notre thèse :

« L'affection lipomateuse des reins, dit M. Lancereaux, plus commune que les myxomes, est quelquefois la cause d'accidents sérieux. Cette affection est anatomiquement

caractérisée par la présence dans la substance du rein, la substance corticale notamment, de petits nodules de la grosseur d'une cerise ou même plus volumineux. Nés aux dépens du tissu conjonctif ou interstitiel, ces nodules forment des tumeurs lâches et molles qui étouffent et remplacent une partie du parenchyme sécréteur ; ils sont composés d'un tissu graisseux, parfaitement développé, modérément vascularisé et parfois lobulé. Circonscrit et limité à un seul organe, le lipome du rein est sans gravité et ne se révèle par aucun signe appréciable ; il n'en est pas de même lorsqu'il envahit les deux organes dans une certaine étendue, car la destruction du parenchyme rénal peut être alors suivie d'accidents urémiques. »

Enfin dans ce même Dictionnaire, à l'article Lipome, M. Tripier s'exprime de la manière suivante :

« De même que les lipomes de la mamelle, les lipomes périnéphrétiques sont circonscrits ou diffus. A l'autopsie, on n'a pas toujours d'altération du parenchyme rénal mais, d'ordinaire, il existe une lésion concomitante (atrophie, hydro-néphrose, calculs), ce qui pourra faire discerner le point de départ de la production morbide : question capitale, lorsqu'en présence d'une tumeur abdominale, comme cela arrive si fréquemment chez la femme, on est mis en demeure de se prononcer sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale. Constamment ces tumeurs ont donné lieu à des erreurs de diagnostic pendant la vie. »

OBSERVATIONS.

LIPOMES PÉRINÉPHRÉTIQUES.

OBSERVATION I (inédite).

Lipome périnéphrétique du côté droit ; calcul dans le bassinet du même côté, compliqué du phlegmon périnéphrétique.

Elisabeth Sèches, âgée de soixante-deux ans, est entrée à la maison municipale de santé, dans le service de M. Labbé, le 17 avril 1879.

Cette femme a été plusieurs fois malade dans sa vie : elle a eu la fièvre typhoïde. Veuve depuis dix ans, elle a un fils qui jouit d'une santé excellente ; elle a toujours été normalement menstruée jusqu'à l'âge de cinquante ans, époque où la ménaupose s'est établie avec la plus grande régularité. Jusques il y a deux mois, c'était une femme de taille moyenne, d'une bonne constitution et d'un certain embonpoint, n'allant pas toutefois jusqu'à l'obésité.

Il y a deux mois, elle ressentit pour la première fois des douleurs vagues, profondes, dans la fosse iliaque droite ; elle n'y eût pas fait le moins du monde attention si elle n'avait remarqué qu'en même temps, son appétit devenait moindre et ses forces diminuaient de jour en jour : elle fondait, dit-elle, à vue d'œil.

Trois semaines avant son entrée à la maison municipale de santé, un dimanche matin, en se rendant à la messe, elle fut prise brusquement d'une violente douleur contu-

sive dans l'hypochondre droit. Elle fut obligée de s'asseoir, prête à avoir une syncope. Toutefois cette syncope ne fut que tout à fait momentanée et elle ne tarda pas à pouvoir rentrer chez elle à pied. Le lendemain, comme sa douleur ne la quittait pas, elle palpa son flanc droit et s'aperçut que ce côté du ventre était tuméfié, et, qu'en le touchant, on sentait un corps très dur. Ces souffrances ne la quittèrent point et l'obligèrent à garder la chambre jusqu'au 17 avril, jour de son entrée à l'hôpital.

Etat actuel. — Nous nous trouvons en présence d'une femme pâle et amaigrie, ayant les traits tirés, présentant tous les signes de ce qu'on appelle généralement le facies abdominal. Quand on examine son ventre, on voit, à droite et au-dessous de l'ombilic, une bosselure saillante, qui rend proéminente et globuleuse la partie latérale droite de l'abdomen. Quand on passe légèrement l'index sur cette surface, on sent une saillie ronde, très dure, peu dépressible ; en insistant par le palper, on trouve une tumeur dont on peut très bien saisir l'extrémité antérieure entre les doigts, mais qu'on ne peut poursuivre dans la profondeur de la cavité abdominale. En touchant cette grosseur, on ne provoque pas de douleur bien considérable.

La malade se plaint de souffrir dans la région lombaire du côté malade : on n'aperçoit aucune tuméfaction à ce niveau, mais en comprimant avec le bout des doigts, elle pousse des cris de douleur. Il n'existe ni rougeur, ni œdème dans cet endroit.

L'état général est médiocre ; la température normale, le matin, s'élève légèrement le soir ; l'appétit est très médiocre. La malade est tellement constipée qu'on lui ordonne un lavement matin et soir.

20 avril. On examine de nouveau la tumeur antérieure

avec beaucoup de soin, et l'on voit qu'elle est nettement limitée et arrondie, obliquement dirigée de haut en bas et d'avant en arrière, manifestement solide, présentant une extrémité antérieure ovalaire, deux bords latéraux aplatis ; on ne sent pas toujours la partie postérieure. Une ponction exploratrice est faite, dans la région hypogastrique, dans la grosseur elle-même ; le résultat en est complètement négatif.

Le 26. Les douleurs lombaires droites deviennent de plus en plus vives, surtout à la pression : la région lombaire droite commence à se bomber d'une façon évidente; la fluctuation, recherchée avec le plus grand soin, n'est pas rencontrée, mais on y sent de l'empâtement profond et diffus. Quand la malade se lève et essaye de faire quelques pas, les souffrances sont beaucoup plus fortes ; elles s'irradient dans la région inguinale du même côté.

En même temps son état général devient beaucoup plus grave; depuis plusieurs jours, elle ne mange que des bouillons ; la température est d'environ 38 degrés le matin et 40 degrés le soir ; le teint devient jaunâtre ; la malade dort très peu.

Le 27. La région lombaire devient de plus en plus douloureuse ; au moindre contact, la patiente pousse des cris ; les parois se bombent de plus en plus : la tuméfaction se dirige d'arrière en avant, de dedans en dehors et de haut en bas et se tournant vers la région du pli de l'aine : toutefois, la tumeur que l'on sent par la palpation abdominale antérieure n'a nullement augmenté de volume.

L'état général est le même.

Le 28. Depuis hier, la malade qui, souffre tous les jours davantage, a de l'hématurie chaque fois qu'elle urine. La

quantité de sang rendue peut être évaluée approximativement au cinquantième de la quantité d'urine rendue. Le sang est pur et se dépose au fond du vase. En présence de ce symptôme, le Dr Labbé et M. Marc Sée, appelés en consultation, portent tous les deux le diagnostic du cancer du rein.

1er mai. Il n'y a plus d'hématurie ; le gonflement diffus de la région lombaire et de la partie postéro-latérale droite augmente considérablement depuis quarante huit heures ; mais il est toujours impossible de constater la fluctuation. La tumeur qu'on sent en avant par la palpation n'a changé ni de volume, ni de consistance. Toutefois, elle semble plus repoussée en avant vers les parois antérieures de l'abdomen.

Le 3. La malade, étant prise de frisson et de sueur, dépérissant à vue d'œil et présentant une température de près de 41 degrés le soir, on se décide à faire dans la région lombaire droite une ponction exploratrice avec l'appareil Dieulafoy, et on retire 800 grammes de pus épais et bien lié. Après la ponction, toute tuméfaction a disparu en arrière ; en avant, les parois abdominales sont devenues flasques : on peut saisir la tumeur solide entre les doigts et on croit pouvoir reconnaître par sa forme que c'est le rein droit.

Le 5. La douleur est moindre, mais on la provoque toujours en pressant la région lombaire droite. Depuis le jour de la ponction, il existe de l'œdème du pied et de la jambe du côté malade.

Le 9. L'œdème a augmenté de bas en haut ; il s'est propagé jusqu'à l'endroit où on a fait la ponction en arrière ; à ce niveau, on constate maintenant tous les signes de l'inflammation : la rougeur, la tuméfaction et la chaleur. La malade est toujours constipée ; la température remonte en-

core vers 40 degrés le soir, l'appétit est nul ; la situation locale n'a pas varié.

Le 11. La région est extrêmement tendue ; le membre inférieur droit est œdématié et augmenté de volume. Dans la région lombaire, on constate manifestement la fluctuation profonde. M. Marc Sée se décide à inciser largement ; il fait une incision verticale de 8 centimètres d'étendue, il en sort une quantité de pus très fétide qu'on peut évaluer à 500 grammes. En entrant avec le doigt dans l'incision, on trouve une surface lardacée où l'on ne peut rien distinguer de net ; en avant, on sent toujours une tumeur volumineuse, réniforme, mais très profondément située.

Le 14. La plaie est pansée, lavée et injectée deux fois par jour avec de l'eau phéniquée. Néanmoins la température est très irrégulière ; la malade a des frissons plusieurs fois par jour, du subdelirium et des sueurs vers le soir ; elle ne mange pas, sa langue est râpeuse et fuligineuse, en un mot, elle présente tous les signes de la septicémie.

Le 18. La malade meurt dans l'épuisement.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

En incisant les parois abdominales, après avoir enlevé le rein, on découvre sous le péritoine le rein gauche qui est tout à fait normal ; à droite, une tumeur se continuant par sa face profonde ou postérieure avec une surface molle, lardacée, phlegmoneuse, se continuant par sa face externe avec la paroi abdominale postérieure.

Quand on enlève la tumeur avec soin, on y constate les caractères suivants : elle pèse 350 grammes, elle a la forme d'un haricot dont le hile aurait été tourné vers la colonne vertébrale et le bord externe en dehors ; en un mot, elle occupait la place du rein droit.

Si on la sectionne suivant son grand axe, on constate

qu'elle est de couleur jaune, de dimensions à peu près doubles de celles d'un rein ordinaire ; elle est constituée presque uniquement par de la graisse. Toutefois, tout près du hile et séparés des uns des autres par du tissu graisseux, se trouvent trois petites lobules rouges que le microscope a fait reconnaître pour des tubes urinifères; ils ont 5 centimètres dans le sens vertical pour 3 centimètres dans le sens transversal. Leur forme est irrégulière; ils se continuent en bas avec des calices et un bassinet qui semblent normaux, mais dont le volume correspond environ à la moitié du volume normal des mêmes organes. Dans les calices, à l'entrée de l'uretère se trouve un calcul phosphatique gris, pesant environ 3 grammes, ne bouchant pas l'orifice du canal excréteur de l'urine. Ce dernier a un calibre à peine égal au tiers de celui du côté sain.

Il n'existe pas de production graisseuse dans un autre point du corps.

Tous les autres organes sont sains.

Observation II.

Bauchet (Société anatomique, 1853).

Néphro-pyélite du côté gauche ; lipome périnéphrétique du rein droit ; calcul dans l'uretère du même côté.

M. Bauchet a présenté à la Société anatomique les organes urinaires d'un individu qui avait succombé dans le service de M. Velpeau, par suite d'une maladie des voies urinaires (néphro-pyélite), dans lequel on trouva une inflammation chronique avec dilatation du rein gauche, et des concrétions non oblitérantes dans l'uretère non correspondant ; à droite, l'orifice inférieur de l'uretère était complè-

tement obturé par un gros calcul cylindrique qui débordait de plusieurs millimètres cet orifice, si bien que le cathétérisme l'avait fait découvrir pendant la vie ; point de rein droit ; à sa place, masse adipeuse qui présente ce caractère qu'elle était compacte et adhérait fortement à la région lombaire.

Cette masse adipeuse, divisée dans toute son épaisseur, a paru n'être constituée que par de la graisse ; seulement, on découvrit dans l'épaisseur de sa partie supérieure une capsule surrénale parfaitement conservée.

Quant au rein, il paraissait avoir complètement disparu. Mais, ayant remarqué à la partie antérieure de cette masse adipeuse une membrane fibreuse très épaisse, je la divisai avec soin en dédolant, et j'arrivai à un tissu particulier que j'isolai en le séparant avec le manche du scalpel de cette membrane fibreuse très adhérente. Ce tissu particulier, c'était le tissu rénal, reconnaissable à sa couleur rose pâle, à sa disposition grenue et à deux kystes séreux. Cette couche de tissu rénal avait l'épaisseur de 2 millimètres. Je n'y reconnus ni substance tubuleuse, ni mamelons ; il n'y avait pas non plus de vestiges de calice et de bassinet, lesquels étaient fondus dans un tissu fibreux.

Observation III.

Lipome périnéphrétique gauche naissant du hile ; calcul dans le bassinet du même côté.

Godard (1859).

Le nommé Harel (Henri-Jacques-Athanase), âgé de 58 ans, homme de peine, a été apporté mourant le 9 août 1857 à l'hôpital de la Charité, service de M. Nonat, salle

Saint-Ferdinand, lit n° 9. Cet homme, ayant été abandonné par une femme avec laquelle il vivait, avait tenté de s'asphyxier avec les vapeurs qui se dégagent du charbon incandescent. Malgré tous les soins qui lui furent prodigués, il succomba le 10.

Harel, avant de se donner la mort, jouissait d'une santé parfaite. Ce renseignement m'a été donné par des personnes qui le voyaient tous les jours. Au moment de pratiquer son autopsie, j'ai constaté qu'il était d'un embonpoint ordinaire. Toutefois, il offrait une disposition singulière qui me frappa, ainsi que les personnes qui étaient dans l'amphithéâtre. Harel avait la moitié gauche du corps fortement constituée, tandis que la moitié droite était incomparablement moins développée. Cette disposition curieuse était marquée même sur la figure. En plaçant une feuille de papier sur la ligne moyenne du visage, on voyait que les deux moitiés de la figure étaient dissemblables. D'un côté tous les traits étaient fortement accusés : du côté opposé ils étaient atténués en quelque sorte.

Sur la face antérieure du cou du côté gauche, l'extrémité inférieure des sterno-cléido-mastoïdiens faisaient une forte saillie sous la peau ; à droite, on ne la distinguait pas.

Cette disposition était surtout marquée pour le deltoïde, le trapèze, le biceps et les muscles de l'avant-bras, très volumineux à gauche, à peine indiqués à droite.

Il en était de même pour la cage thoracique, pour la fesse, la cuisse, la jambe et le pied droits, beaucoup moins développés que ces parties du côté gauche ; ainsi on aurait dit deux moitiés de corps de volume différents soudées l'une à l'autre.

Mais si la moitié gauche du corps était celle d'un homme fortement constitué, la moitié droite n'était pas atrophiée,

elle était seulement incomparablement plus petite. Toutefois les membres nous ont paru de même longueur. Or, un arrêt de développement existait aussi pour les organes génitaux.

Ainsi, Harel avait le testicule et l'épididyme gauches parfaitement conformés, tandis que du côté droit l'épididyme était un peu plus petite que d'ordinaire, et le testicule, bien conformé et sain, avait le volume d'un gros pois. Très certainement cet organe avait été arrêté dans son développement à partir de la période intra-utérine.

En enlevant les organes génito-urinaires profonds, je vis que le rein droit, bien conformé, avait 112 millimètres de hauteur sur 5 centimètres d'avant en arrière. Je l'incisai, il était parfaitement sain. Au niveau du hile, il y avait seulement un peu de tissu adipeux ; tout au contraire, le rein gauche était représenté par une masse extrêmement volumineuse, formée en haut et en dehors par la glande dont les lobules étaient bien indiqués, et en bas et en dedans par une masse adipeuse considérable. Le tout avait la forme d'un ovoïde allongé, mesurant 198 millimètres de hauteur sur 108 millimètres d'avant en arrière. A la partie antérieure interne et supérieure de la tumeur, l'artère et la veine radicale pénétraient dans cette masse adipeuse que j'ai dû diviser pour suivre ces vaisseaux.

Le rein était enveloppé de sa capsule propre, dense et résistante ; celle-ci, arrivée au niveau de la tumeur graisseuse, s'engageait au-dessous d'elle en suivant son trajet accoutumé.

La masse adipeuse du rein, d'une belle couleur jaune, rosée par place, là où il y avait des vaisseaux, était légèrement ondulée à sa surface et elle était recouverte par une membrane résistante, envoyant des prolongements dans

l'intérieur de la tumeur. Dans les points où celle-ci se continuait avec le rein, le tissu cellulaire condensé, qui formait l'enveloppe de la masse graisseuse, s'unissait assez intimement avec la capsule fibreuse de la glande.

Le rein ayant été ouvert par la face convexe, aussitôt une quantité considérable d'un liquide purulent, blanchâtre, s'échappa d'un bassinet énormément dilaté. La muqueuse du bassinet était épaissie, et par transparence on apercevait au-dessous d'elle une quantité considérable de vaisseaux. A la partie supérieure du rein ouvert, on voyait trois pyramides très développées, dont le sommet venait s'ouvrir dans des calices énormément dilatés. A leur base, le tissu cortical semblait normal. Un peu au-dessous, la substance du rein n'était plus représentée que par des restes de pyramides dont la moitié inférieure avait disparu, repoussée en dehors par des tissus adipeux interposés entre ces restes de pyramides et la membrane du bassinet.

Plus bas on ne voyait que des vestiges de la substance corticale qui était elle-même séparée de la muqueuse du bassinet par de la graisse.

Enfin, la moitié inférieure de la tumeur n'était plus formée que par le bassinet enveloppé en dehors par une masse adipeuse, qui avait en moyenne de 30 à 35 millimètres d'épaisseur.

A la partie inférieure du bassinet, il y avait un calcul vert brun, du volume d'une grosse amande (d'après M. Rigout, ce calcul était composé principalement d'oxalate de chaux). Ce calcul présentait une petite saillie en forme de crochet. Je le soulevai pour voir l'orifice de l'uretère. Je ne pus y parvenir. Au-dessous de la tumeur, l'uretère avait à peine 4 millimètres de diamètre. Ce conduit diminuait de

calibre de bas en haut, et au niveau de la tumeur adipeuse, il pouvait à peine recevoir une soie de sanglier. Celle-ci étant poussée avec précaution, je la vis par transparence cheminer dans le bassinet et par une ouverture filiforme que je n'avais pu voir d'abord. Ainsi, il y avait hydronéphrose, et très certainement l'urine ne pouvait passer dans l'uretère.

La dissection attentive de cette pièce m'a montré quelle avait dû être la marche de cette tumeur ; il paraît certain que le tissu graisseux du hile, augmentant de quantité, s'était introduit dans l'intérieur du rein, en passant entre la capsule du bassinet et celles des calices, s'était interposé entre la muqueuse des calices et des pyramides, en les repoussant en dehors de plus en plus, qu'il avait atrophié ainsi les pyramides du sommet à la base, au point de les faire disparaïtre, et qu'alors il s'était interposé entre la membrane du bassinet et la substance corticale elle-même.

Observation IV (tirée de Baader).

Adipose généralisée. Lipome périnéphrétique du côté droit ayant amené la destruction complète du rein du même côté (probablement par suppuration).

La très illustre et très noble comtesse de Brauner, après avoir été dans sa jeunesse maigre, délicate et d'une taille élancée, acquit en avançant en âge un tel embonpoint par suite d'une alimentation trop abondante et du manque d'exercice, qu'elle était incapable de tout mouvement, étant ensevelie en quelque sorte dans sa propre graisse.

Plus tard elle rendit des urines fétides et purulentes ; toutefois elle conservait un excellent appétit.

Deux ans avant sa mort, elle fut atteinte d'une maladie de foie dont elle guérit complètement.

A partir de cette époque, la comtesse de Brauner eut la respiration de plus en plus difficile, elle perdit un peu de son embonpoint; cependant elle resta grasse jusqu'au moment de sa mort.

Dans les derniers temps, elle avait la respiration tellement gênée, qu'à chaque instant on craignait de la voir suffoquer. Pour faire cesser ces accidents, on lui ordonna trois grains de kermès minéral à prendre à quatre heures d'intervalle; mais elle mourut suffoquée avant d'avoir pu prendre la troisième dose.

Le pouls se fit toujours sentir, si ce n'est peu avant sa mort.

D. Hœlzel, chirurgien de la grande maison des pauvres, qui avait souvent visité l'illustre dame pendant sa maladie, nous appela pour faire l'autopsie et nous constatâmes que, sous la peau, il y avait une couche de graisse, qui atteignait même 5 pouces d'épaisseur dans certains points, comme dans l'abdomen autour de l'ombilic. La cage thoracique était très rétrécie, eu égard à la haute taille de la dame.

Une livre de lymphe s'échappa de la cavité de la poitrine, lorsqu'on enleva le sternum. Les poumons étaient emphysémateux, et contenaient un liquide écumeux, rougeâtre, qui s'écoulait quand on les comprimait : phénomène que nous avons déjà observé chez les asthmatiques morts asphyxiés.

Un polype volumineux partait du ventricule droit du cœur, s'avançant dans l'artère pulmonaire en se divisant en deux rameaux au point de bifurcation de ce vaisseau.

Ce polype remplissait la plus grande partie du cœur droit et s'enchevêtrait dans les valvules et les colonnes charnues.

La vésicule biliaire, augmentée de volume, était noirâtre extérieurement; elle renfermait une matière purulente, et, au niveau du col, il y avait un calcul de forme ovalaire et pesant un peu plus de 1 once et 1 drachme du poids usité à Vienne.

A la place du rein droit, on trouva un corps du volume de la tête d'un enfant; il était formé par de la graisse pure, coagulée, extrêmement dure. Dans ce corps, on ne trouvait aucun vestige de la substance rénale. Dans la partie centrale, il y avait une cavité contenant du pus extrêmement pur.

Des concrétions calcaires et calculeuses oblitéraient l'uretère droit.

DES LIPOMES INTRA-NÉPHRÉTIQUES.

Observation I.

Lipome intra-périnéphrétique partiel.

(M. Robin. Mémoires de la Société de biologie, 1853.)

« En 1853, j'ai trouvé une masse graisseuse du volume d'un œuf, située à la partie supérieure d'un rein que j'avais enlevé sur un cadavre, livré aux dissections de l'Ecole pratique. Cette tumeur, placée au-dessous de la tunique fibreuse qu'elle soulevait, était molle, pulpeuse, friable, et s'écrasait à la pression ; elle était d'un jaune grisâtre, tirant sur le rouge, ce qui tenait à ce qu'elle était parcourue par un grand nombre de veines.

Elle différait de la substance rénale et par sa consistance et par sa coloration. L'examen microscopique m'a fait voir qu'elle était représentée par une substance homogène, finement granuleuse, dans laquelle se trouvaient quelques fibres fusiformes, soit isolées, soit en faisceaux. Ces corps fusiformes étaient nombreux, surtout à la surface et au niveau de la tunique fibreuse du rein.

La tumeur était constituée par une trame en partie amorphe, en partie formée d'éléments fibro-plastiques relativement peu abondants, dans laquelle on trouvait des gouttes adipeuses dont le volume variait depuis cinq millièmes de millimètre jusqu'à cinquante millièmes au plus.

La graisse formait la plus grande masse; aussi il était difficile de voir la substance amorphe entre les gouttes ; de plus, elle était solide à la température à laquelle a été faite la préparation. Mais bientôt la chaleur de l'appartement l'a fait liquéfier, et alors elle s'est écoulée comme un liquide huileux entre les deux lames de verre de la préparation.

Ces faits montrent qu'il s'agissait de gouttes de graisse et non de cellules adipeuses. L'éther dissolvait complètement cette graisse sans laisser dans la préparation rien qui ressemblât aux parois des cellules adipeuses.

L'évaporation de l'éther laissait déposer l'huile en gouttelettes de volume variable.

Le reste du tissu du rein était sain ainsi que les bassinets.

Observation II.

Houel (Traité d'anatomie pathologique, 1857).
Lipome intra-néphrétique diffus.

M. Houel a pris cette observation en commun avec M. Laboulbène, dans le service de M. Rayer, à la Charité. Le rein, qui n'était pas enveloppé d'une masse graisseuse considérable, et n'avait pas diminué notablement de volume, était décoloré, anémique ; à la coupe, on trouvait que, par places, la substance corticale et la substance tubuleuse étaient envahies par des dépôts graisseux multiples qui les avaient détruites.

Dans la substance tubuleuse, à l'œil nu, l'altération graisseuse avait la plus grande ressemblance avec celle de la transformation graisseuse des muscles; et l'examen microscopique nous a montré que, dans ces points, la graisse s'était en effet substituée aux éléments normaux de la glande qui avaient disparu.

Observation III.

Rayer (Traité des maladies du rein).
Lipome intra-néphrétique diffus ; calcul dans le bassinet.

Le rein était presque entièrement transformé en une masse graisseuse. La substance corticale n'était plus reconnaissable qu'à la partie supérieure du rein, où elle formait une couche mince d'un rose pâle.

Le rein est représenté divisé par son bord convexe, suivant sa longueur, en deux parties à peu près égales, et ses

deux moitiés sont étalées, comme lorsqu'on veut étudier la disposition du bassinet et des calices.

L'uretère, ouvert et fendu suivant sa longueur, se termine en cul-de-sac, vers le point où il se continue naturellement avec le bassinet.

Le bassinet et les calices sont transformés en des lames ou cordons fibreux qui se distribuent d'une manière très irrégulière dans une masse graisseuse ayant la forme du rein. Je ne puis faire pénétrer de l'air ou de l'eau dans aucun de ces cordons, soit par une petite dépression qu'on remarquait au fond du cul-de-sac par lequel se terminait supérieurement l'uretère, soit en introduisant des tubes plus ou moins déliés à différents degrés de profondeur. Un seul de ces cordons, situé vers l'extrémité supérieure du rein, était ouvert, et contenait un petit calcul d'un blanc jaunâtre.

Il n'existait plus de traces de la substance tubuleuse. La substance corticale, reconnaissable seulement à la partie supérieure du rein, était mince, décolorée. Dans cette partie seulement, la membrane fibreuse du rein put être reconnue, détachée et isolée. Ailleurs elle était tellement confondue avec la masse graisseuse, qu'elle ne pouvait être séparée, double disposition indiquée dans la figure.

Observation IV.

Lipome néphrétique double. (M. Bricheteau, relatée par M. Rayer.)

La femme dont il est question dans cette observation est morte à la suite de symptômes qui n'ont rien de commun avec la question qui nous occupe. Nous nous contenterons

de relater l'autopsie de la cavité abdominale, qui seule concerne notre sujet.

« Le tube digestif, examiné avec soin de la bouche à l'anus, n'a rien offert de remarquable, si ce n'est une diminution du volume du gros intestin dans sa moitié inférieure. Foie sain ; vésicule biliaire distendue par une grande quantité de bile ; rate saine.

« *Le rein était plongé dans une masse graisseuse très épaisse, remarquable même au milieu de volumineux pelotons graisseux de l'épiploon et des intestins.* Les reins ont conservé *leur forme et leur volume naturels*; mais ils paraissent transformés en deux masses d'une graisse compacte dans laquelle restent quelques vestiges de la substance tubuleuse. Les bassinets, les uretères et la vessie sont sains ; celle-ci ne contient pas une seule goutte d'urine. Organes génitaux sains. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Au point de vue anatomique, nous pouvons décrire les altérations graisseuses des différentes parties qui composent l'organe sécréteur de l'urine ; que la transformation commence dans le rein lui-même, ou bien qu'il soit envahi par une surcharge de la capsule cellulo-graisseuse qui l'environne.

Il est un point sur lequel nous ne saurions assez insister et sur lequel nous reviendrons assez, plus au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique : l'affection que nous étudions n'a rien de commun avec aucune forme de néphrite.

Nous allons décrire les différentes altérations que l'on a

rencontrées dans l'adipose du rein, en procédant de dehors en dedans.

Le tissu cellulaire qui enveloppe la capsule du rein est d'habitude sain, excepté dans les cas relativement fréquents où la maladie est compliquée de suppuration ou bien de phlegmon périnéphrétique. Dans ces cas, on se trouve en présence de tissus phlegmoneux lardacés dans lesquels le doigt s'enfonce avec la plus grande facilité; on y rencontre d'ordinaire un pus fétide, épais, infiltré dans les mailles du tissu cellulaire.

Dans les lipomes intra-néphrétiques, la capsule d'enveloppe est saine. Dans ceux qui ont pour origine la capsule elle-même, la tumeur est toujours enveloppée par une toile fibreuse bien nette, bien distincte du tissu cellulaire voisin; de la face interne de cette enveloppe, partent d'habitude des cloisons fibro-celluleuses qui s'enfoncent dans l'intérieur du lipome, sans le lober toutefois.

Au-dessous d'elle, on trouve la graisse. Celle-ci a une épaisseur variable suivant les cas.

S'agit-il du lipome intra-néphrétique, ce dernier peut être partiel comme dans le cas signalé par M. Robin et occuper alors le tiers ou le quart du rein, tout le reste étant absolument sain, ou bien le tissu adipeux peut envahir la presque totalité de l'organe, dans lequel on ne retrouve plus alors qu'une petite portion irrégulière plus ou moins volumineuse de la partie tubuleuse du rein.

S'agit-il au contraire du lipome périnéphritique? Quand on fait l'autopsie, on est frappé de suite de trouver sur les côtés de la colonne vertébrale deux reins de dimensions absolument différentes. L'organe malade, quoique variable dans son volume, est au moins deux ou trois fois plus grand que celui du côté opposé. Son diamètre vertical et son dia-

mètre horizontal sont également augmentés, mais rarement de plus d'un tiers. La forme générale de la tumeur reste celle d'un haricot, mais, suivant les cas, il existe des bosselures irrégulières assez volumineuses, soit au bord externe, soit vers le hile, ce qui a fait dire à quelques auteurs que le rein peut être étouffé par la graisse du hile.

Partie de la capsule, la graisse dissèque, pour ainsi dire, le tissu rénal, l'étouffe, et le résultat est le même que dans le lipome intra-néphrétique.

La couleur est d'un jaune rosé ; cette coloration tient au nombre assez considérable de capillaires qu'elle contient. Elle est de consistance assez ferme, et, quoiqu'elle graisse le couteau, elle présente par la coupe une surface de section bien nette.

Jamais elle ne renferme de kyste : dans un seul cas, elle entourait une collection purulente.

Presque toujours le tissu cortical est absolument détruit; dans un cas, cependant, on a trouvé les glomérules formant une bande étroite et pâle immédiatement au-dessous de la capsule fibreuse; il s'agissait précisément de l'observation dans laquelle on a admis que la graisse du hile serait venue refouler le tissu rénal du bas en haut et de dedans en dehors.

La substance tubuleuse est aussi en grande partie anéantie. Cependant, presque constamment, on retrouve près du hile plusieurs débris de cette substance présentant des formes absolument irrégulières, séparés les uns des autres par la graisse. Leur couleur est toujours d'un rose pâle, leur dimension dépasse rarement quelques centimètres, leur extrémité inférieure se continue avec les calices. Au microscope, on constate, et il n'y a pas d'exception à cette règle,

que ce qui reste de la portion tubuleuse ne présente aucune altération,

Le bassinet et les calices peuvent être sains; d'autres fois ils sont réduits à de simples cordons fibreux, absolument imperméables; toutes les lésions intermédiaires peuvent être admises et peuvent être rencontrées : diminution de calibre de ces canaux, épaississement de leur tunique fibreuse, etc., etc.

L'uretère est tantôt normal, tantôt considérablement rétréci. A son orifice supérieur, on rencontre la plupart du temps des calculs gris, irréguliers, presque toujours phosphatiques. Ordinairement il n'y en a qu'un; dans quelques observations on en a relaté un assez grand nombre. La présence de ces calculs est d'autant plus remarquable que pendant la vie ils n'ont donné lieu à aucun symptôme clinique.

La plupart des auteurs sont absolument muets sur l'état des artères et veines rénales. Godard, dans son observation, constate que ces vaisseaux suivent leur trajet normal, et se frayent un chemin dans la substance graisseuse.

En somme, ainsi que le fait très bien remarquer Cruveilhier, jamais la substance rénale n'est envahie elle-même par la graisse; elle est atrophiée, ratatinée, mais on en trouve toujours une portion intacte, logée dans un point de la masse lipomateuse. Les organes accessoires de la glande urinaire, bassinet, calices, uretères s'atrophient également plus ou moins à leur tour.

L'affection que nous venons de décrire n'a donc rien de commun avec la stéatose rénale ou infiltration du tissu du rein lui-même par la graisse. On le comprendra facilement

en lisant les quelques lignes que M. Lancereaux consacre à ce sujet :

« La stéatose rénale est une affection grave qui conduit le plus souvent à la destruction des épithéliums du rein et se termine par la mort. Cette affection, aiguë ou chronique, est néanmoins susceptible de guérison. Ainsi, on voit des individus devenus albuminuriques, après un empoisonnement par le phosphore, revenir à la santé ; de même il est possible de rencontrer des alcooliques qui, à la suite d'une albuminurie avec anasarque, continuent à se bien porter. »

Quant aux complications : phlegmon périnéphrétique, néphrite, néphrite suppurée, hydro-néphrose, nous n'avons rien à en dire au point de vue anatomique : c'est là une description que l'on trouvera dans tous les auteurs classiques.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

Ce chapitre est court et presque inutile, n'en prendrions-nous comme preuve que ce fait, que la rencontre des lipomes néphrétiques à l'autopsie chez des gens qui se portent admirablement bien : c'est là le cas habituel.

Il n'en a pas été de même dans l'observation inédite qu'on a bien voulu nous communiquer.

Dans ce cas, en effet, il est facile de dire à quel moment précis a commencé la complication du phlegmon périnéphrétique. Ce moment bien établi, il est incontestable que la veuve Sèches avait remarqué auparavant chez elle différents symptômes qu'il est bon de noter en passant. Le premier, c'est l'amaigrissement, la perte des forces, la di-

minution de l'appétit, en un mot, sans avoir de symptômes fébriles, on se trouvait là en présence d'une personne faisant une maladie chronique. A ce symptôme viennent s'ajouter des douleurs très vagues, profondes, n'ayant aucun des caractères de la colique néphrétique : à cela se bornaient les symptômes propres de sa tumeur du rein. Nous ne pensons pas que ce soient là des signes suffisants pour reconnaître une affection quelconque du rein.

Et puis plus tard, quand le phlegmon périnéphrétique se fut développé et qu'on sentait en avant une tumeur nette de la forme du rein et beaucoup plus volumineuse que lui, était-il permis de songer à un lipome rénal ? En présence du teint cachectique de la femme, c'est plutôt à l'idée d'un cancer du rein qu'on se serait rattaché, et c'est ce qu'ont fait en effet MM. Labbé et Marc Sée. En un mot, nous croyons qu'il est presque impossible de diagnostiquer sur le vivant les lipomes du rein.

Un fait qui nous a frappé cependant, c'est que, dans toutes les observations de cancer du rein que nous avons lues, dans tout ce qui a été écrit sur le même sujet, nous n'avons jamais vu signaler, comme complication de ces tumeurs malignes, le phlegmon périnéphrétique. Il nous reste donc un doute dans l'esprit, au sujet du cas de la veuve Sèches, et nous nous demandons si, en présence d'un nouveau cas de lipome périnéphrétique repoussant en avant un rein d'un volume triple de son volume normal, nous ne rejetterions pas, malgré la cachexie, l'idée d'un cancer pour admettre, sous toutes réserves, l'idée d'un lipome périnéphrétique.

Les autres complications, signalées dans les observations que nous avons rencontrées dans les auteurs, sont l'hydronéphose, la néphrite suppurée, la pyélite.

M. Després, dans son traité intitulé : Des diagnostics des tumeurs, dit en parlant de l'hydronéphrose :

« L'hydronéphrose est quelquefois précédée de coliques néphrétiques et de maladie calculeuse du rein, mais d'autres fois la tumeur apparaît subitement sans que les malades aient conservé d'autres souvenirs que ceux de douleurs du rein. L'hydronéphrose double même, jusqu'à ce que toute expulsion d'urine soit empêchée, ne cause pas d'accidents graves.

« Les grosses hydronéphroses, du volume d'une tête d'enfant même, sont compatibles avec une bonne santé générale. J'ai vu dans le service de M. Cazalis, à la Salpêtrière, un de ces kystes chez une femme morte de pneumonie. La tumeur, pendant la vie, était ronde, globuleuse, tendue, mais fluctuante, et occupait exactement la région du flanc gauche. La fosse iliaque de ce côté était libre. La tumeur jouissait d'une certaine mobilité. A ces signes il était impossible de croire à un kyste de l'ovaire. Comme le développement de cette tumeur remontait à de très longues années, et comme elle était régulière, sans bosselures appréciables, il était naturel de repousser toute idée de cancer. Quand la tumeur est encore plus volumineuse que celle dont il vient d'être question, quand elle descend dans la fosse iliaque, il est possible de la prendre pour un kyste ovarique, ainsi que cela est arrivé. Mais si on recherche comment le mal a débuté, si l'on apprend qu'il existait dans le flanc avant d'arriver dans la fosse iliaque, il est possible de préciser le diagnostic. »

Devant de pareils symptômes, il est absolument impossible de songer au lipome du rein.

La pyélite et la néphrite suppurée, quand elles viennent compliquer la tumeur graisseuse du rein, présentent un

ensemble de symptômes tellement graves, qu'ils dominent toute la scène, et empêchent par conséquent toute idée de tumeur rénale.

Nous avons vu d'autre part que les calculs, qui sont presque constants dans nos observations, ne se sont même pas révélés dans la plupart par des coliques néphrétiques. Ces coliques, fussent-elles parues, que personne ne songerait jamais à la possibilité des lipomes comme complication de la lithiase rénale.

En résumé, ni les symptômes, ni les complications ne parmettent de diagnostiquer pendant la vie les lipomes du rein. Il doit être fait une exception pour les phlegmons périnéphrétiques qui repoussent en avant la tumeur graisseuse, permettant de la palper par les parois abdominales et d'amener, non pas un diagnostic, mais au moins l'incertitude et une discussion clinique.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Lorsque, en 1835, on présenta à la Société anatomique le premier cas du lipome néphrétique, M. Cruveilhier fit observer que le calcul placé à l'orifice supérieur de l'uretère empêchait l'écoulement de l'urine, amenait probablement un arrêt des fonctions sécrétoires du rein, d'où atrophie de l'organe et surcharge graisseuse, comparant ainsi le rein aux muscles de la jambe, longtemps immobilisés dans des appareils inamovibles. Dans son mémoire, M. Godard combat vivement cette interprétation; il se demande pourquoi, en admettant cette explication, les lipomes du rein sont si rares, alors que les calculs sont si fréquents. Cette objection spécieuse ne nous semble pas

raisonnable, car, en admettant que le refroidissement puisse occasionner une pneumonie, il ne s'ensuit pas que tous les gens qui se refroidissent doivent avoir une pneumonie. Nous admettons volontiers la pathogénie de l'adipose rénale par l'obstruction de l'uretère par des calculs ; malheureusement la lithiase n'a pas été constatée dans l'unanimité des observations, mais seulement dans la grande majorité des cas.

Nous nous trouvons donc amené à interpréter les faits d'une manière un peu différente de celle de M. Cruveilhier.

En effet nous admettons que, chez presque tous ces individus, un calcul, placé dans le bassinet, a amené l'atrophie du rein et l'envahissement de cet organe par la graisse venue soit du hile, soit de la partie externe de la capsule d'enveloppe.

La meilleure manière de répondre à l'objection de Godard, c'est que les calculs n'ont pas l'habitude de s'arrêter ni dans le bassinet, ni au sommet de l'uretère, mais d'être apportés dans la vessie ou même en dehors ; ce n'est donc que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'ils s'enclavent ou qu'ils s'arrêtent par une autre raison que nous ne chercherons pas à expliquer, et amènent petit à petit la suppression fonctionnelle du rein : c'est ce qui nous explique pourquoi ces calculs ne donnent pas lieu aux accidents de la lithiase rénale ; c'est ce qui explique aussi pourquoi on n'observe jamais d'accidents urémiques, parce que le travail d'atrophie, se produisant lentement, a le temps de s'habituer à l'élimination d'une quantité beaucoup plus grande de matières extractives, c'est-à-dire au remplacement fonctionnel du rein malade.

Les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi simple, et quand l'étouffement du rein par la graisse

n'arrive pas aussi rapidement que d'ordinaire, on voit survenir comme complication de l'adipose des accidents redoutables, dus en grande partie à la stagnation de l'urine dans le rein. Ces accidents sont, par ordre de fréquence : hydro-néphrose, le phlegmon périnéphrétique, la pyélo-néphrite et même la néphrite suppurée.

Les accidents urémiques mortels n'ont été constatés qu'une seule fois dans un cas où les deux reins ont été pris simultanément.

Pour nous conformer à la manière de faire de la plupart des auteurs, nous avons classé nos observations en deux espèces : les lipomes intra-néphrétiques et les lipomes périnéphrétiques, mais notre opinion sincère, est que tous proviennent du tissu cellulo-graisseux qui sert d'enveloppe au rein. Les lipomes intra-néphrétiques, étendus à de la graisse, fusent le long du tissu conjonctif qui part de cette capsule pour s'enchevêtrer d'une manière très minutieuse dans toutes les parties de l'organe urinaire.

Ce qui nous semble le plus remarquable, en tout cas, et parfaitement démontré, c'est que le rein qui peut être détruit de tant de manières, étouffé par la suppuration, par le tissu conjonctif, peut être aussi sous l'influence d'un tissu sur lequel on n'a guère appelé l'attention : il peut être étouffé par la graisse ; c'est là un point de pathologie générale qui nous a semblé utile et intéressant de mettre en relief.

Reste à expliquer la production des lipomes néphrétiques chez les gens qui n'ont pas présenté de calculs à l'autopsie.

Se fondant sur ces cas, on a dit que la production lipomateuse n'avait rien de commun avec les calculs, que chaque fois qu'on les rencontrait ensemble, le lipome

était sans doute antérieur au calcul, et que ce dernier se produisait consécutivement.

Cette objection apparente nous semble en contradiction avec la production habituelle des calculs ; ceux-ci, en effet, ne pourraient pas se produire par des dépôts venant d'un rein atrophié, par conséquent ne fonctionnant pas. Nous pensons au contraire que le lipome et l'atrophie rénale sont tous les deux la conséquence de la lithiase. Quant à l'explication physiologique des cas où on n'a pas trouvé de calculs, nous n'avons pas à en donner. Nous admettons seulement et tout le monde admettra avec nous que des raisons autres que les calculs peuvent amener l'atrophie rénale et par suite l'adipose.

CONCLUSIONS.

1° Il existe des lipomes dans la région rénale ; ces lipomes sont périnéphritiques ou intra-néphrétiques.

2° Au point de vue de leur origine, ils doivent tous être rapportés à la capsule cellulo-graisseuse qui enveloppe le rein.

3° Ils ne donnent généralement lieu à aucun symptôme pendant la vie, et conduisent les médecins à faire des erreurs de diagnostic.

4° Ils se compliquent dans beaucoup de cas d'hydronéphrose, de phlegmon périnéphrétique, de néphrite suppurée, de pyélite, néphrite.

5° A part de rares exceptions, leur présence coïncide avec des calculs dans le bassinet ou l'ouverture supérieure de l'uretère,

6° La présence de ces calculs explique très bien leur pathogénie, et démontre qu'à côté de la suppuration, de la sclérose et de la dégénérescence épithéliale, le rein peut mourir d'une manière sur laquelle les auteurs n'ont pas encore attiré l'attention : par adipose.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie. — Articulations du coude.

Physiologie. — De la bile et du rôle de ce liquide.

Physique, — Description des piles les plus usitées.

Chimie. — Des sels de mercure, leur préparation, les caractères distinctifs.

Histoire naturelle. — Des tiges, leur structure, leur direction ; caractères qui distinguent les tiges des mono-cotylédones, de celles des dicotylédones. Théorie sur leur accroissement.

Pathologie externe. — De la pourriture d'hôpital et de son traitement.

Pathologie interne. — De la maladie désignée sous le nom de goître exoptalmique.

Pathologie générale. — De l'influence des causes morales dans les maladies.

Anatomie physiologique. — Des hydatides du foie.

Médecine opératoire. — De la valeur des appareils inamovibles dans le traitement de la coxalgie.

Pharmacologie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont la cantharide pour base.

Thérapeutique. — Des indications de la médication tonique

Hygiène. — Des vêtements.

Médecine légale. — Caractères distinctifs des tâches de sperme avec celles que l'on peut confondre avec elles.

Accouchements. — De l'accouchement par le pelvis.

Vu : le président de la thèse,
LABOULBÈNE.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris
A. GRÉARD.



